MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

妇女营养评估/ NUTRITION ASSESSMENT FOR WOMEN

参加者姓名和 DCN：	出生日期：	CATEGORY: P / B / N	填表日期：

Form completed by: ☐ Participant or WIC Staff: ☐ CPA ☐ RD ☐ Nutritionist ☐ WIC Certifier

请参考您通常的进食习惯并尽量回答以下问题。
请在方框内打钩 ☑ 并/或填写您的答案。

用餐方式 *(所有妇女均须填写此栏)*

1. 您一天用几次餐？ _____ 餐/天 _____ 零食/天
   您通常吃什么样的零食？
   ☐ 牛奶、酸奶、奶酪 ☐ 肉、鱼、蛋、豆 ☐ 水果或蔬菜
   ☐ 面包、麦片、米和意大利面 ☐ 薯片/咸食 ☐ 饼干/蛋糕/甜食

2. 您在惯常的一星期中有几次在餐馆用餐（包括快餐）？ _____ 餐/星期

3. 您一星期中有几天全家一起用餐？ _____ 天/星期 ☐ 不适用（单身）

4. 对于您的饮食您有什么希望改变的？ ..... ☐ 是 ☐否
   列举变化：

进食方式 *(所有妇女均须填写此栏)*

5. 大多数食物是如何准备的？ 选择所有适合的答案。
   ☐ 烘制 ☐ 油炸 ☐ 煮 ☐ 烤 ☐ 焙烤 ☐ 架烤 ☐ 微波炉加工

6. 您认为对有些食物摄取不足吗？ ..... ☐是 ☐否
   如果是，选择所有适合的答案。
   ☐牛奶、酸奶、奶酪 ☐ 肉、鱼、蛋、豆 ☐ 水果 ☐ 蔬菜 ☐ 面包、麦片、米和意大利面

*7. 您在使用特殊饮食吗？ ..... ☐是 ☐否
   如果是，选择种类。
   ☐素食 ☐纯素食 ☐低热量/减肥 ☐ 益寿有机食品 ☐食物过敏或排斥
   ☐ 低脂 ☐ 低碳水化合物 ☐ 其它：

*8. 一些妇女渴慕非食品类物质。您进食这些类物质吗？ ..... ☐是 ☐否
   如果是，选择所有适合的答案。
   ☐ 灰 ☐ 粉笔 ☐ 大量的冰和/或冰箱内的霜 ☐ 其它：
   ☐ 小苏打 ☐ 香烟 ☐ 画饼
   ☐ 火柴灰头 ☐ 泥土 ☐ 土壤
   ☐ 地毯纤维 ☐ 灰尘 ☐ 淀粉 (洗衣用或玉米淀粉)

饮品 *(所有妇女均须填写此栏)*

9. 您喝牛奶吗？ ..... ☐是 ☐否
   如果是，选择种类。
   ☐无脂（脱脂） ☐低脂（1%） ☐减脂（2%） ☐全脂 ☐ 米奶
   ☐ 豆奶 ☐奶粉 ☐浓缩牛奶 ☐甜炼乳 ☐羊奶 ☐其它：

10. 您多经常喝奶？（选一项）
    ☐几次/天 ☐一次/天 ☐少于一次/天

11. 您多经常食用其它乳制品，例如奶酪、酸奶、或布丁？
    ☐几次/天 ☐一次/天 ☐少于一次/天

12. 您在惯常的一天中喝其他饮品吗？ 选择所有适合的答案。.
    ☐果汁 ☐ 水 ☐水果饮料 ☐运动饮料 ☐ 汽水/可乐 ☐减肥汽水/可乐 ☐咖啡/茶
    ☐ 啤酒 ☐ 葡萄酒 ☐ 其它酒精饮料 ☐其它：

(接下页)

13. 您主要的饮水来源是什么？（选一项）

☐ 城市饮用水系统 ☐ 农村饮用水系统 ☐ 私人水井 ☐ 瓶装水

a. 如果是私人井水，是否测试过其细菌或硝酸成分？ ..... ☐是 ☐否 ☐ 不知道

如果是，选择测试结果。 ☐ 安全 ☐ 不安全 ☐ 不知道

b. 您知道您使用的水经过氟化吗？ ..... ☐是 ☐否

c. 您的孩子用含氟化物的牙膏刷牙吗？ ..... ☐是 ☐否

补充营养 *（所有妇女均须填写此栏）*

14. 在最近一次怀孕期间的一个月前您有摄取过综合维生素吗？ ..... ☐是 ☐否

如果是，一星期几次？ _____ 次/星期

15. 您在过去一个月或本月内有使用任何维生素、矿物质、草药或草药营养补充剂吗？ ☐是 ☐否

如果是，选择所有适合的答案。

☐ 胎儿期的维生素 ☐ 综合维生素 （非胎儿期的) ☐补充铁 ☐ 草药营养补充剂

☐ 其它：

食物安全 *（所有妇女均须填写此栏）*

16. 您有适当的设备存储并准备食物，例如冰箱、可用的炉灶及没有疫病和有害化学成分的存储空间吗?..... ☐是 ☐否

食物安全和项目参与 *（所有妇女均须填写此栏）*

17. 在过去的一个月，您或您家里的任何一位因为没有足够的钱买食物曾吃的比您认为您/他们应该吃的少或全天都没吃饭?

☐是 ☐否 ☐不知道或拒绝回答

18. 您有参与任何食品和营养项目吗？ ..... ☐是 ☐否

如果是，选择所有适合的答案。. ☐食物券 ☐学校午餐 ☐家庭营养教育项目(FNEP) ☐日用品项目

☐食品储存室 ☐其它：

体育活动 *（所有妇女均须填写此栏）*

19. 在惯常的一天中，您积极运动多少分钟？ ☐ 无 ☐ 0-30 ☐ 31-60 ☐ 多于 60

怀孕 *（仅由孕妇填写此栏）*

20. 您认为您应该在此怀孕期间体重增加多少？ ____ 磅 ☐ 不知道

21. 您有以下症状吗？ ..... ☐是 ☐否

如果是，选择所有适合的答案。

☐ 便秘 ☐腹泻 ☐恶心 ☐呕吐 ☐胃灼热 ☐其它：

*22. 您进食：

a. 生鱼或介壳类水产， ..... ☐ 是 ☐ 否

b. 冷冻熏海鲜， ..... ☐是 ☐否

c. 生或微煮的肉类、鸡、火鸡， ..... ☐是 ☐否

d. 未煮的午餐肉类、熟食肉类、热狗， ..... ☐是 ☐否

e. 冷藏内脏或肉类涂味品， ..... ☐是 ☐否

f. 未经低温灭菌的牛奶或含未经低温灭菌牛奶的食物， ..... ☐是 ☐否

g. 软奶酪，例如 Feta, Brie, Camembert, blue-veined 奶酪、墨式奶酪， ..... ☐是 ☐否

h. 生或微煮的蛋或含生或微煮的蛋的食物， ..... ☐是 ☐否

i. 生菜芽（紫苜蓿、三叶草、萝卜)， ..... ☐是 ☐否

j. 未经低温灭菌的水果或蔬菜汁。 ..... ☐是 ☐否

BREASTFEEDING *（仅由哺乳妇女填写此栏)*

23. 您有任何关于哺乳的疑虑吗？ ..... ☐是 ☐否

如果是，列举您的疑虑：

TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONNEL ONLY

SIGNATURE (RISK ASSESSMENT):	SIGNATURE (NUTRITION COUNSELING):
DATE	DATE

本机构为均等机会提供者。